

OMS - IESM

OMS-IESM RAPPORT SUR

LE SYSTEME
DE SANTE MENTALE

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE
DU CONGO



**World Health
Organization**



MINISTRE DE LA SANTE
PUBLIQUE /R.D.C.

**OMS-IESM Rapport sur
LE SYSTEME DE SANTE MENTALE**

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO

*Un rapport de l'évaluation du système de santé mentale de la RDC en utilisant l'Instrument
d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) de l'Organisation de la Santé
Mondiale*

Kinshasa, RDC

2006



*Mathieu KAMWA WHO,
DRC (OMS, Bureau National) Thérèse
AGOSSOU (OMS, Bureau Régional)
Shekhar SAXENAS OMS/GENEVE
Département de Santé Mentale
et d'Abus de Substance (MSD)*



**Le Ministre de la
Santé Publique(RDC)**

Victor MAKWENG KAPUT

Cette publication a été produite par l’OMS, (Bureau National) en collaboration avec l’OMS (Bureau Régional) et l’OMS Siège. Au Siège de l’OMS, ce travail a été soutenu par l’Equipe Recherche et Evidence du Département de Santé Mentale et d’Abus de Substances (MSD) de l’Organisation Mondiale de Santé, Groupe des Maladies Non-transmissibles et de la Santé Mentale.

Pour obtenir des informations supplémentaires, veuillez contacter :

- 1. Ildéphonse MUTEBA MUSHIDI, samushid2002@yahoo.fr (Directeur national/PNSM)*
- 2. Matthieu KAMWA WHO/DRC (le nom et courriel du représentant local à l’OMS, bureau national)*
- 3. Shekhar Saxena, Siège de l’OMS, courriel : saxenas@who.int*

(ISBN)

Organisation mondiale de la Santé 2006

(Citation suggérée : Rapport « OMS-IESM sur le système de Santé Mentale – REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO) » OMS et Ministère de la Santé, KINSHASA, RDC), 2006

(Le texte est soumis aux droits du Copyright en suivant les règles du Bureau National)

Remerciements

L'Instrument d'Evaluation des Systèmes de santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS-IESM) a été utilisé pour collecter l'information sur le système de santé mentale de la RDC

Le projet de la RDC a été effectué par l'équipe nationale de l'OMS-IESM :

1. Ildéphonse MUTEBA MUSHIDI, point focal, PNSM/NATIONAL
2. Robert MUSSA MAHAMUDI, PNSM/NATIONAL
3. Adelin NSITU MANKUBU, PNSM/NATIONAL
4. Samuel MAMPUNZA MA MIEZI, Conseiller PNSM
5. Louis BOKOBI, PNSM /NATIONAL
6. Alphonsine MATABA, PNSM/NATIONAL
7. Matthieu Abraham KANYAMA, PNSM/NATIONAL
8. Médard NSIALA NKULA, PNSM/PROVINCE DE KINSHASA
9. Robert NIATI VANGU, PNSM/PROVINCE DU BAS-CONGO
10. Valérien MUTOMBO LUKUSA, PNSM/PROVINCE DU KASAI –ORIENTAL
11. Placide THICIKU, PNSM/PROVINCE DU KASAI-OCCIDENTAL
12. Eric KWAKYA, PNSM/PROVINCE DU SUD KIVU
13. POLE POLE PNSM/PROVINCE DU NORD KIVU
14. Edouard BYENDA, PNSM/PROVINCE DU NORD KIVU
15. Collin ILOSHI, PNSM/PROVINCE DU KATANGA

Le projet a connu la collaboration de Dr Jaak le ROY adviser of Health Net TPO/Hollande in DRC

Le projet était soutenu par l'équipe du bureau national de l'OMS/RDC :

1. Matthieu KAMWA
2. Florent EKWANZALA

Le projet était également soutenu par l'équipe de bureau régional de l'OMS :

1. Thérèse AGOSSOU
2. Perreira BORGES

L'Instrument d'Evaluation des Systèmes de Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS-IESM) a été conceptualisé et développé par l'Equipe Recherche et Evidence (MER) du Département de Santé Mentale et d'Abus de Substances (MSD) de l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), en collaboration avec des collègues membres ou extérieurs à l'OMS.

Pour une information complète sur le développement de l'OMS-IESM, veuillez consulter l'OMS-IESM (OMS, 2005) sur le site internet suivant :

http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html

Ce projet a reçu l'assistance financière et/ou un soutien technique de: L'Institut National de la Santé Mentale (NIMH) (dépendant des Instituts Nationaux de la Santé) et le Centre des Services de la Santé Mentale (sous la direction/dépendant de l'Administration des Services de Santé Mentale et d'Abus de Substances [SAMHSA] des Etats Unis; l'Autorité Sanitaire de la région Lombardie, Italie; Le Ministère de la Santé Publique de Belgique et l'Institut des Neurosciences, de la Santé Mentale et de l'Addiction, Les Instituts Canadiens de recherche en Santé.

L'équipe OMS-IESM au Siège de l'OMS comprend : Benedetto Saraceno, Shekhar Saxena, Tom Barrett, Antonio Lora, Mark van Ommeren, Jodi Morris, Anna Maria Berrino et Grazia Motturi. Une assistance très appréciable nous a été fournie par feu Edwige FAIDI que son âme repose en paix.

Le projet de l'OMS-IESM est coordonné par Shekhar Saxena :

Ces données ont été collectées en 2009 et portant sur l'année 2008.

Nous avons rédigé ce rapport selon le modèle recommandé par l'OMS-IESM (WHO-AIMS) et après que nos données aient été finalisées et envoyées à l'équipe de Genève, dans le programme des données, dont nous avons reçu un feedback par le canal de Dr JODI.

Ce rapport contient les éléments suivants :

1. une introduction ;
2. un résumé exécutif ;
3. les sommaires de domaines ;
4. les points forts et les points faibles ;
5. les prochaines étapes pour améliorer le système de santé mentale

Introduction

Contexte

Situation géographique et démographique

La République démocratique du Congo est un pays dont la superficie est très vaste avec 2.345.408 Km², superficie qui couvre l'Espagne, la France, l'Allemagne, la Suède et la Norvège.

Sa population s'évalue à plus de 60 millions d'habitants dont plus de 50% a un âge inférieur à 20 ans et 4% seulement au-delà de 60 ans (CIA World Fact Book, 2008).

Comme groupes linguistiques nous avons le lingala, le swahili, le tshiluba et le kikongo. Le français est la langue officielle.

La population est à 80% constituée de chrétiens, 10% de musulmans et 10% d'animistes.

Il existe jusqu'à 400 ethnies parmi lesquelles deux groupes ethniques minoritaires, les pygmées premiers occupants du Congo et les tutsi à l'Est du pays. Septante pourcents de la population vit en milieu rural. L'espérance de vie est de 46 ans pour les hommes et 48 ans pour les femmes. Le taux d'alphabétisation est estimé à 54%.

Situation politico-administrative

Après les élections de 2006, la RDC connaît un gouvernement central installé à Kinshasa siège des institutions. Jusqu'à ce jour, le pays est subdivisé en 11 provinces jouissant chacune d'une autonomie administrative. Après plusieurs années de guerres, le pays connaît une certaine stabilité malgré des foyers de troubles résiduels surtout à l'Est.

Situation socio-économique

La RDC a connu une détérioration progressive de sa situation économique depuis des origines lointaines et les pillages de 1991 et 1993, les différentes guerres de libérations et d'agressions qui ont fait jusqu'à 4 millions des décédés et presque autant des déplacés et réfugiés.

Les structures de productions économiques sont obsolètes et si pas détruites malgré ses potentialités. Presque 3/4 de la population Congolaise vit en-dessous du seuil de pauvreté tel que défini par la banque mondiale, avec moins d'un dollars par jour. Une faible proportion de la population est salariée soit 7%.

La RDC se trouve au 167^{ème} rang mondial de l'indice de développement humain (IDH), elle se place parmi les pays les plus pauvres du monde.

Dans ce contexte, la majorité des familles Congolaises éprouve des difficultés énormes, pour avoir une alimentation minimale, accéder aux soins de qualité et à assurer la scolarisation de ses enfants.

Situation sanitaire

La situation sanitaire du pays est caractérisée essentiellement par le dysfonctionnement du système de santé qui se traduit par la dégradation généralisée des infrastructures sanitaires, la vétusté du matériel et d'équipement, le manque chronique des médicaments essentiels et d'outils de gestion, la démotivation et la déperdition du personnel, inaccessibilité de la population aux soins, l'insuffisance de la couverture sanitaire et la faiblesse des activités d'appui (planification, formation, supervision, évaluation, monitoring système d'information sanitaire...).

Le sommaire exécutif

1. Le paragraphe suivant, fournit l'information fondée sur l'instrument de l'OMS-IESM

L'Organisation Mondiale de la Santé-par l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) a été mis en œuvre pour recueillir des informations sur le système de santé mentale de la RDC. Le but de recueillir cette information est d'améliorer notre système de santé mentale et de fournir un niveau de référence pour surveiller le changement. Ceci permettra à la RDC de développer des plans de santé mentale qui sont basés sur l'information avec des cibles et des informations de bases claires. Il sera également utile de surveiller l'exécution des politiques de réformes, la provision des services communautaires, l'inclusion des usagers, des familles et d'autres personnes impliquées dans la promotion, prévention, soins et réhabilitation de la santé mentale.

2. Bref résumé des données de chaque domaine.

2.1. *Politique et cadre législatif* : la RDC avait élaboré une politique et un plan stratégique, malheureusement qui n'avait jamais un début d'exécution, faute de n'avoir pas été validé et divulgué et par carence des moyens pour ce faire. Plus de 10 ans après, la politique et le plan directeur, en santé mentale, méritent donc d'être révisés, validés et divulgués.

La RDC n'a pas encore élaboré sa législation en santé mentale.

2.2. Domaine 2 : services de santé mentale

Il existe une autorité de santé mentale de niveau national (PNSM).

Insuffisance des structures de soins ambulatoires (1) et de traitement du jour (1).

Absence d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaire et des structures résidentielles communautaires intégrées dans la cité.

La RDC compte 6 hôpitaux psychiatriques seulement, mais aucune hospitalisation médico-légale. La prise en charge psychosociale n'est généralement pas assurée.

Les psychotropes essentiels sont rares et d'un prix prohibitif. Il n'y a pas d'équité dans l'accès aux services et soins de santé mentale.

2.3. Domaine 3 : Soins de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaire

La santé mentale n'est pas intégrée dans les SSP. Aussi bien dans les soins de santé médicalisés que non médicalisés le *curriculum* de formation ne consacre pas assez d'heures à la santé mentale et il n'existe pratiquement pas des formations continues pour le personnel. Il n'existe pas de protocoles des soins et d'évaluation au niveau des SSP. Pas de systèmes officiels de référence et contre référence entre les praticiens des SSP et ceux de santé mentale. Les psychotropes sont rarement disponibles dans les SSP.

2.4. Domaine 4 : ressources humaines

Nombre des ressources humaines travaillant pour et dans les structures de santé mentale pour 100.000 habitants: Psychiatres 0,08 ; médecins généralistes 0,05 ;

Infirmiers spécialisés en santé mentale 0,25 ; infirmiers non spécialisés 0,227 ; psychologues cliniciens 0,02 ; travailleurs psychosociaux 0,02 ; ergothérapeutes et autres travailleurs leur nombre est inconnu. Dans le *curriculum* de formation de tous les prestataires des SSP, très peu d'heures sont consacrées à la santé mentale et il n'y a pas de formation continue ni en santé mentale ni en prise en charge psychosociale.

Pas d'associations ni d'usagers, ni des familles en santé mentale.

2.5. Domaine 5 : éducation du public et liens avec les autres secteurs

Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale sont rares. La collaboration avec les autres secteurs aussi bien de la santé et qu'en dehors de la santé est quasi inexistante car, elle n'est ni formelle ni officielle. En dehors des services de la santé mentale, personne d'autre ne s'occupe des problèmes des malades mentaux.

2.6. Domaine 6 : surveillance et recherche en santé mentale

Inexistence d'un système de collecte d'informations en santé mentale dans le pays. Très peu de professionnels sont impliqués dans la recherche en santé mentale. D'où rareté des données et des recherches consacrées à la santé mentale.

La Politique et Le Cadre Législatif

La politique, les programmes et la législation

1. La politique de santé mentale de la RDC a été élaborée en 1999, malheureusement elle n'a jamais été validée et divulguée et depuis lors elle n'a jamais été révisée.

Cette politique contient les parties suivantes :

- l'organisation des services de psychiatrie communautaires
 - la réduction de grands hôpitaux psychiatriques
 - intégration de la composante santé mentale parmi les 11 composantes des soins de santé primaires de la RDC
 - les ressources humaines
 - la participation des usagers et des familles
 - accès équitable aux services de santé mentale pour tout le monde
 - le financement
 - amélioration de la qualité des soins
 - la supervision du système
2. Sur la liste des médicaments essentiels du ministère de la santé de la RDC ils existent des médicaments psychotropes dont : les antipsychotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antiépileptiques et comme stabilisateurs on utilise seulement les anticomitiaux et non encore les sels de lithium jusqu'ici par manque de laboratoire adapté.
 3. La politique nationale et son programme de santé mentale ont été élaborés tous en 1999, mais n'ont jamais été validées, divulguées et révisés depuis lors.

Le programme contenait les parties suivantes :

- l'organisation des services de psychiatries communautaires
- le non construction des grands hôpitaux psychiatrique
- l'intégration de la composante santé mentale dans la pyramide des soins de santé primaires
- les ressources humaines

- la participation des usagers et des familles
 - accès équitable aux services de santé mentale pour tout le monde
 - financement
 - amélioration de la qualité
 - supervision du système
4. Un programme d'alerte catastrophe/urgence en santé mentale est a été élaborée à la suite du tremblement de terre de BUKAVU en 2008, malheureusement des recommandations faites en son temps n'ont jamais été prises en considération.
 5. Il n'existe pas encore une législation en santé mentale en RDC.
 6. Le PNSM a un projet d'un atelier qui aura comme objet l'élaboration d'un projet de législation en santé mentale de la RDC.

Commentaires sur la politique, les programmes et la législation.

La RDC a élaborée depuis 1999 une politique et un plan directeur en santé mentale grâce a une collaboration entre le gouvernement et l'OMS /RDC. Cette politique et le plan directeur prévoyaient les parties suivantes : l'organisation des services de psychiatries communautaires, et il n'était pas prévu la construction des grands hôpitaux psychiatriques ; la formation des ressources humaines ; la participation des usagers des services des soins de santé mentale et leurs familles au système de soins ; l'amélioration de la qualité des soins et l'accès facile pour tous aux services des soins de santé mentale. On y trouve aussi une prévision budgétaire et un degré de supervision du système. Malheureusement fautes des moyens la politique et les programmes connaissent des difficultés dans leurs applications sur le terrain et, n'ont jamais été validés et divulgués. Actuellement le PNSM est associée à la confection de la liste nationale des médicaments essentiels a laquelle sont inclus les psychotropes dont les antipsychotiques, les anxiolytiques, les antidépresseurs, les antiépileptiques et les thymorégulateurs autres que les sels de lithium. Dans cette politique rien n'été prévu pour la protection, la défense et la promotion des droits fondamentaux des usagers.

Le financement des services de santé mentale

1. Le budget consacré à la santé en RDC n'atteint pas les 2% du budget national et jusque là, la santé mentale n'émarge pas encore au budget de l'état congolais.
2. Depuis plus de 20 ans les subsides pour le fonctionnement ne parviennent plus aux institutions de santé en général et aux hôpitaux psychiatriques surtout.
3. Il est impossible de faire une quelconque représentation graphique sur les financements des services de santé mentale, par manque des données.
4. Aucune portion de la population congolaise à un accès gratuit aux médicaments essentiels.

5. Les usagers et leurs familles sont obligés de payer de leurs poches les psychotropes dont ils ont besoin. le cout de l'antipsychotique le moins cher exemple la CHLORPROMAZINE en DJD vaut 0,41668 Fc.
Quant à l'antidépresseur le moins cher l'AMYTRYPTILINE en DJD vaut 0,025 Fc.
6. Aucun trouble mental n'est couvert par une sécurité sociale.
7. La santé mentale est essentiellement par des partenaires tels que les confessions religieuses, et des rares ONGs. Des interventions ponctuelles, sous formes des dons, sont rarement notées dans l'unique hôpital psychiatrique de niveau tertiaire qu'est le CNPP (Centre Neuro-Psycho-Pathologique), centre spécialisé des Cliniques Universitaires de Kinshasa

Commentaires sur le financement des services de santé mentale.

Dans le maigre budget consacré à la santé en général la santé mentale est totalement ignorée. Absence totale des subsides consacrée aux hôpitaux. La population seule se prend en charge pour ce qui concerne les soins de santé mentale .l'antipsychotique le moins cher coute 0,41668 Fc DJD et l'antidépresseur le moins cher vaut 0,025 Fc DJD quant on sait que le salaire moyen journalier du congolais avoisine les 3600 Fc.

La politique sur les droits de l'homme

1. Inexistence ni au niveau national, ni au niveau des provinces d'un organisme de supervision pour les droits de l'homme pour les patients en santé mentale.
2. Aucun hôpital psychiatrique n'a une quelconque supervision / inspection de respect des droits de l'homme pour les patients.les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaires sont inexistantes
3. Aucune formation du personnel, des structures psychiatriques, n'a été réalisée dans notre pays, pour ce qui concerne le respect de l'homme pour les patients.

Commentaires sur la politique des droits de l'homme

En RDC aucune structure ni organisme n'existe pour veiller sur le respect des droits des patients et le personnel n'a jamais été formé dans ce domaine.

Les Services de Santé Mentale

1. En RDC il existe une autorité en santé mentale de niveau national nommée PROGRAMME NATIONAL DE SANTE MENTALE (PNSM). Il existe quelques coordinations provinciales.
2. Le PNSM est un programme spécialisée du ministère de la santé qui conseille sur la politique nationale de la santé mentale et se propose d'élaborer une législation en santé mentale.
3. Le PNSM serait le mieux indiqué pour la planification des services de santé mentale dans le pays.
4. La gestion, la coordination, le contrôle et l'évaluation de la qualité de service devraient être tous de la responsabilité du PNSM.
5. Les services de santé mentale ne sont pas organisés en secteurs

Commentaire sur l'organisation des services de santé mentale

En RDC il existe une autorité nationale de santé mentale le PNSM, organe technique du ministère de la santé publique par manque des moyens le PNSM éprouve des difficultés pour jouer pleinement son rôle de conseiller du gouvernement sur la politique en attendant l'élaboration d'une législation en santé mentale.

Les structures ambulatoires de santé mentales

1. Dans toute la RDC il n'existe qu'une seule structure qui s'occupe des soins ambulatoires en santé mentale située à Kinshasa (Centre TELEMA) et il reçoit les malades tout âge, donc sans une spécialisation pour enfants ni adolescents.
2. Cette structure a eu à suivre: 39.866.900 patients en 2008.
3. Dans cette structure les données sur la répartition selon le sexe, l'âge et les différents diagnostics trouvés ne nous ont pas été accessibles
4. Le nombre des contacts durant cette année 2008 est inconnu.
5. La structure ambulatoire ne dispose pas d'une équipe des soins de routine dans la cité, ni d'une équipe mobile de santé mentale.
6. Cette structure effectue des interventions psychosociales chez \pm 50% des patients reçus.
7. Ce centre dispose des toutes les sortes de psychotropes.

Commentaires sur les structures ambulatoires de santé mentale

La RDC ne compte qu'une seule structure qui dispense les soins ambulatoires. Cette structure a eu à suivre durant l'année 2008 un total de 39,866.900 patients, dans une ville qui compte environ 10.000.000 d'habitants, soit 3,9 patients pour 100.000 habitants.

Malheureusement le sexe, l'âge et les diagnostics retenus sont indisponibles pour l'année 2008. Le nombre des contacts dans la structure n'est pas connu.

La structure ambulatoire n'organise pas des soins de routine dans la cité et elle n'a pas une équipe mobile de santé mentale.

Néanmoins la structure réalise \pm 50% d'interventions psychosociales et elle dispose des toutes les sortes des psychotropes (antipsychotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, les stabilisateurs de l'humeur et les antiépileptiques).

Les structures de traitement de jour

1. La RDC ne compte qu'une seule structure de traitement de jour localisée au CNPP des CLINIQUES UNIVERSITAIRES DE KINSHASA.
2. La structure s'occupe des patients de tous âges et n'est pas spécialisée pour les enfants ni adolescents. Néanmoins parmi tous les patients on a dénombré 6% était constitué des jeunes et adolescents
3. Pour l'année 2008 elle eu à suivre 18 usagers soit 0,018 pour 100.000 habitants
4. Le nombre moyen des jours était de 120.

Commentaires sur la structure de traitement de jour

La RDC ne compte qu'une structure de traitement de jour et qui se localise au Centre Neuropsychopathologique (CNPP) des Cliniques Universitaires de Kinshasa.

Pour l'année 2008, il y a eu 18 patients qui ont fréquenté le centre dont 33% était constitué des femmes et 6% d'enfants et adolescents. Le nombre moyen de jours où les jeunes et adolescents étaient présents dans la structure équivalait 120 et il n'existe pas une autre structure spécialisée seulement pour eux.

Structures résidentielles communautaires

1. La RDC ne compte aucune structure résidentielle communautaire ;
2. Pas de structure résidentielle ni pour enfants ni pour adolescents ;
3. Impossible de déterminer la répartition selon l'âge et le sexe.

Commentaires sur les structures résidentielles communautaires

Il n'existe aucune structure résidentielle communautaire qui permettrait l'hébergement de nuit des personnes ayant des troubles psychiques relativement stabilisés, d'où l'errance des ceux-ci sur les voies publiques.

Les hôpitaux psychiatriques

1. Il y a en tout 6 hôpitaux psychiatriques qui peuvent contenir tous 500 lits pour une population de 60.000.000 d'habitants soit un taux de 0.833 pour 100.000 habitants.
2. Tous ces 6 hôpitaux intègrent dans leur organisation des structures ambulatoires.
3. Aucun hôpital psychiatrique ne réserve spécialement des lits pour des enfants et des adolescents.
4. Il y a eu un accroissement d'au moins 150 lits d'hospitalisations, en moyenne durant les 5 dernières années, grâce à la construction des nouveaux hôpitaux psychiatriques par des confessions religieuses dans certaines provinces du pays.
5. Presque tous ces hôpitaux psychiatriques ne disposent pas des services des statistiques fiables ou on peut trouver des diagnostics des tous les malades qu'ils ont eu à suivre. Néanmoins notre expérience de clinicien, dans une clinique universitaire nous permet d'estimer que les psychoses aiguës et les schizophrénies viennent en tête avec \pm 40% pour le premier groupe et 35% pour le deuxième.
6. Par manque des statistiques fiables il ne nous a pas été possible d'estimer le nombre des patients qui ont été suivis dans ces structures.
7. Nous basant sur des données de 3 hôpitaux psychiatriques (Kinshasa, Goma et Bukavu) nous avons estimé, le nombre moyen des jours passés dans les hôpitaux psychiatriques à 90 jours.
8. Plus de 80% des malades font moins d'un an dans les hôpitaux psychiatriques et \pm 5% font entre 1 à 4 ans et d'autres \pm 5% entre 5 et 10 ans ou plus de 10 ans.

Ces dernières catégories se recrutent parmi les malades rejetés par leurs familles et qui ne peuvent être réinsérés socialement même s'ils sont stabilisés d'où nécessité de créer des résidences communautaires.

9. On peut estimer entre 1 à 20% des patients ayant bénéficiés d'une intervention psychosociale durant l'année 2008.
10. Presque tous ces hôpitaux psychiatriques, pour la plupart confessionnels (4/6), disposent des médicaments psychotropes de chaque classe thérapeutique.

Commentaires sur les hôpitaux psychiatriques

La RDC compte 6 hôpitaux psychiatriques pour un total d'environ 500 lits pour une population totale de 60.000.000 d'habitants dont le taux pour 100.000 habitants avoisinerait 0,833. Tous ces hôpitaux organisent en leur sein des consultations ambulatoires. Aucun de ces hôpitaux ne réserve des lits pour les enfants et adolescents. On peut estimer un accroissement de nombre à environ 25% grâce à l'implantation par les frères de la charité de nouveaux hôpitaux dans certaines provinces de la RDC.

Presque toutes ces structures ne disposent pas d'un service de statistiques fiable avec un outil de collecte des données nécessaires pour au monitoring, évaluation sur le nombre des patients suivis, leurs âges, leurs sexes, leurs diagnostics... Néanmoins la pratique clinique nous permet de dire que les premiers diagnostics sont tenus dans notre pays par les psychoses aiguës (40%) et les schizophrénies (35%). Les données recoupées de 3 hôpitaux psychiatriques du pays nous ont permis d'estimer la durée moyenne d'hospitalisation à ± 90 jours et que plus de 80% des patients passent moins de 1 an d'hospitalisation et que ceux qui font plus de temps n'ont souvent pas de structures d'accueil extrahospitalière d'où cette hospitalisme, l'intervention psychosociale n'a bénéficiée qu'à 1 à 20 % des patients hospitalisés, d'ailleurs cette intervention est plus sociale que psychologique par carence des prestataires. Quasi tous ces hôpitaux psychiatriques disposent des médicaments psychotropes de chaque classe thérapeutique (antipsychotique, antidépresseur, stabilisateurs de l'humeur, anxiolytique et antiépileptique) ce d'autant plus que 4 sur les 6 hôpitaux sont dans les circuits confessionnels.

1. Les unités d'hospitalisation médico-légale

2. En RDC il n'existe pas d'unités d'hospitalisation médico-légale, il n'y a donc pas des lits réservés, pour personnes avec les troubles mentaux dans le système carcéral
3. Il n'y a pas des structures résidentielles spécifiques pour des individus présentant un retard mental, ni des structures de désintoxication, ni des structures pour accueillir les sans domiciles fixes ou les dés institutionnalisés.

Commentaire sur les unités d'hospitalisation médico-légale ainsi que d'autres unités résidentielles

Il n'existe aucun lit réservé aux personnes avec trouble mental dans le système carcéral de la RDC, ce d'autant plus qu'il n'y existe pas d'unités d'hospitalisation médico-légale. Comme nous l'avons déjà signalé, le pays ne dispose d'aucune unité résidentielle simple ou spécifique pour les individus présentant un retard mental, pas de structures de désintoxication dans le pays, pas de résidences ou peuvent être hébergés les sans domiciles fixes ou les dés institutionnalisés. Nous sommes donc dans l'incapacité de fournir des données sur les patients et la durée de leur internement. Ce dont on peut être sûr est que tous ces patients sont nombreux dans les couloirs de la justice et des laissés pour compte sur les rues de la République. Tous les malades errants et les enfants de la rue proviennent aussi de cette carence.

Les droits de l'homme et l'équité

1. Comme il n'existe pas d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaire les données n'existent. Pour les hôpitaux les données sur les hospitalisations involontaires pour les hôpitaux qui les ont fournis-elles se situent aux environs de 20%.
2. La comparaison entre la réduction de liberté entre les unités d'hospitalisation psychiatrique communautaire et les hôpitaux psychiatriques ne peut se faire par manque des données.
3. Tous les 500 lits psychiatriques dénombrés en 2008, en RDC, sont tous situés dans des grandes villes, ainsi l'accès pour les usagers ruraux est difficile.
4. L'accès aux services de santé mentale, est inéquitable, pour les usagers minoritaires qui vivent hors des centres urbains où sont concentrés tous les services de santé mentale. (ex. les minorités linguistiques, ethnique, religieuses).

Commentaire sur les droits de l'homme et l'équité

Les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires n'existant pas encore en RDC, ce qui fait que les données sur les modalités d'hospitalisation n'existent pas non plus. Pour les hospitalisations psychiatriques quelques hôpitaux ont situé les pourcentages d'hospitalisations involontaires autour des 20%. Alors que la population congolaise vit en milieu rural à 80% ; malheureusement tous lits d'hospitalisations psychiatriques se localisent dans les grandes villes. Les conditions d'accès aux soins ne posent pas des problèmes particuliers aux rares minorités que compte la RDC pourvu qu'elles habitent dans un grand centre urbain où les services de soins de santé mentale sont disponibles.

Santé Mentale Intégrée aux Soins de Santé Primaire

La formation en soins de santé mentale pour le professionnel de santé primaire

1. A peine 1% du nombre d'heures est consacré à la santé mentale dans tout le cursus de formation des médecins généralistes et c'est pratiquement le même pourcentage d'heures qui est consacré à la santé mentale dans la formation des infirmiers généralistes. Pour les autres membres du personnel qui travaillent dans les soins de santé primaire, on n'est pas en mesure de déterminer le nombre d'heures qu'ils ont eu durant le cursus de leur formation.
2. Pour ce qui concerne la formation continue en santé mentale des médecins, infirmiers et autres professionnels des soins de santé primaire, elle est quasi inexistante ou aléatoire.

Commentaires sur la formation en soins de santé mentale pour le professionnel en soins primaires

Dans tous les cursus de formation des médecins et infirmiers, c'est à peine 1% des nombres d'heures qui sont consacrées à la santé mentale. Les autres catégories professionnelles œuvrant dans les soins de santé primaires, n'ont pratiquement pas d'heures consacrées à la santé mentale durant leurs cursus de formation. La formation continue en santé mentale pour le personnel des soins de santé primaires est quasi inexistante.

La santé mentale intégrée aux soins de santé primaire

1. En RDC, il existe à la fois des cliniques médicalisées, ainsi que les cliniques non-médicalisées dans les SSP.
2. Moins de 5% des cliniques médicalisées ont des protocoles d'évaluation et de traitement en santé mentale et pratiquement 0 % des cliniques non médicalisées ne disposent d'un protocole.
3. Les médecins des SSP orientent les patients dans \pm 10% des cas vers un professionnel de santé mentale.
4. Les dispensaires non médicalisés orientent entre 1 et 5 % des patients avec troubles mentaux vers un niveau plus élevé de prise en charge.
5. On peut estimer à 1% des médecins SSP qui interagissent avec les professionnels de santé mentale au moins une fois par an.
6. Entre 1 à 5 % des dispensaires médicalisés des SSP interagissent avec les autres praticiens tels que les tradipraticiens, les leaders ecclésiastiques et autres voyants...

Commentaires sur les cliniques médicalisées et non médicalisées en soins de santé primaire

En RDC il existe des cliniques médicalisées, ainsi que des non médicalisées en SSP, que l'on appelle CENTRE DE SANTE (CS) et moins de 5% ont des protocoles d'évaluation et de traitement pour la prise en charge des problèmes de santé mentale. La plupart de ces cliniques (CS) médicalisés ou non n'adressent pas spontanément les patients avec problèmes de santé mentale vers des professionnels de santé mentale.

On peut estimer à 1 malade par mois de transféré. Il y a carrément une séquestration des malades soit par ignorance soit par l'appât du gain que peut procurer le malade à la structure en y prolongeant son séjour.

Quant à l'interaction professionnelle entre les professionnels des SSP et les professionnels des soins de santé mentale, elle est quasi inexistante en effet il n'existe pas des protocoles de référence et contre références intégrés dans les SSP.

Il existe des interactions non formelles entre les cliniques médicalisées et non médicalisées avec les autres praticiens tels que les tradipraticiens, les spiritualistes, les voyants... En effet les praticiens de ces centres de santé conseillent plus volontiers aux malades d'aller voir la médecine parallèle parce que la maladie mentale est considérée comme ayant une origine « surnaturelle ».

Quant aux « autres praticiens » recommandent certains cas psychiatriques dans des structures modernes souvent quand ils ne parviennent pas à maîtriser l'agitation.

La comparaison est difficile à faire entre les structures médicalisées et non médicalisées quant à leurs interactions entre elles et avec les autres intervenants dans les soins de santé mentale, faute des données statistiques fiables.

Les prescriptions dans le système de soins de santé primaire

1. Les professionnels qui ne sont pas, en principe, autorisés de prescrire les psychotropes, en toutes circonstances, sont les professionnels des SSP non médecins et non infirmiers.
2. Les professionnels autorisés à prescrire les psychotropes avec certaines restrictions sont les médecins généralistes et les infirmiers des structures de santé spécialisées en santé mentale. Ces restrictions portent sur les psychotropes qui ne sont pas sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels.
3. Professionnels autorisés à prescrire les psychotropes sans restrictions sont les médecins spécialistes en santé mentale où ceux qui ont un training en santé mentale et les infirmiers spécialisés en santé mentale.
4. Très peu des centres de santé médicalisée ou non possède des quelques médicaments psychotropes comme l'anxiolytique (diazépam) et l'anti comitial (phénobarbital).

Commentaires sur la prescription dans le système de soins de santé primaire

Les professionnels des SSP non médecins et non infirmiers ne sont du tout autorisés à prescrire les psychotropes.

Les médecins généralistes et les infirmiers œuvrant dans les structures spécialisées en santé mentale sont autorisés à prescrire avec certaines restrictions les psychotropes, seulement ceux qui se trouvent sur la Liste Nationale des Médicaments Essentiels.

Seuls les médecins spécialistes en santé mentale, les médecins généralistes ayant eu un training en santé mentale et les infirmiers spécialistes en santé mentale sont autorisés à prescrire sans restriction les médicaments psychotropes.

Les psychotropes sont généralement peu rependus sur le marché congolais des médicaments à environ 5% et ils se retrouvent essentiellement dans les grandes villes où ils sont en vente libre et les milieux ruraux en sont carrément privés. Dans les hôpitaux psychiatriques et centre de santé spécialisés en santé mentale on retrouve pratiquement au moins un des médicaments de chaque catégorie thérapeutique (antipsychotiques, antidépresseurs, régulateurs d'humeur, anxiolytique et antiépileptiques) .Dans les officines des grandes villes les psychotropes y sont pratiquement disponibles durant toute l'année mais le prix est prohibitif.

Les Ressources Humaines

Le nombre de personnes travaillant dans ou pour les structures de santé mentale

1. *Le nombre total de ressources humaines travaillant dans ou pour les structures de santé mentale ou en cabinet privé pour 100,000 habitants pour une population générale estimée à 60.000.000 d'habitants*

- nombre de psychiatres pour 100.000 habitants en RDC est de : 0,061
- nombre d'autres médecins non spécialistes œuvrant en santé mentale : 0,047
- infirmiers travaillant en milieu psychiatrique : 0,227
- nombre des psychologues cliniciens : 0,016
- travailleurs sociaux : 0,019
- ergothérapeutes : 0,001
- autres travailleurs : proportion inconnue.

2. *Lieux de travail des psychiatres en RDC en pourcentage*

- aucun psychiatre ne travaille uniquement dans une structure publique de santé mentale (0%)
- aucun psychiatre ne preste soit uniquement dans une ONG soit uniquement en privé (0%)
- tous les psychiatres travaillent à la fois dans les structures publiques dans les ONG, dans les structures médico-sociales et dans les privés quasi a 100%

3. *Lieux de travail des autres professionnels en santé mentale*

- la répartition et le pourcentage des psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers et ergothérapeutes ne nous ont pas été accessibles

4. *Répartition des professionnels en santé mentale*

- un seul psychiatre travaille à temps partiel dans l'unique structure ambulatoire de la RDC
- pas d'existence des unités d'hospitalisation communautaire pour utiliser des médecins
- tous les hôpitaux psychiatriques utilisent en tout 27 médecins généralistes
- l'unique structure ambulatoire du pays utilise 8 infirmiers
- les unités d'hospitalisations communautaires n'existent pas pour utiliser les infirmiers
- dans l'ensemble tous les hôpitaux psychiatriques utilisent environ 150 infirmiers
- l'unique structure ambulatoire du pays utilise 1 psychologue, 1 travailleur social et un ergothérapeute soit un total de 3 personnes comme autres personnels de santé mentale
- ces autres professionnels ne sont pas à comptabilisés dans les unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires parce que inexistantes
- tous les hôpitaux psychiatriques ensemble utilisent ± 10 personnes comprenant psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes.
- dans la structure ambulatoire le nombre exact d'autres travailleurs ne nous a pas été accessibles
- le nombre d'autres travailleurs dans tous les hôpitaux psychiatriques était inaccessible.

5. *Nombre de psychiatres repartis dans les hôpitaux psychiatriques de la RDC*

- inexistence d'unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires avec médecins
- L'ensemble des hôpitaux psychiatriques de la RDC comptent au total 38 psychiatres soit 0,08 psychiatre par lit.

6. *Nombre d'infirmiers dans les hôpitaux psychiatriques de la RDC*

- Inexistence d'unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires pour infirmiers.
- Le nombre total d'infirmiers travaillant dans les hôpitaux psychiatriques en RDC est de 150 soit 0,28 infirmier par lit

7. *Nombre des psychologues, travailleurs sociaux et ergothérapeutes par lit d'habitants :*

- inexistence d'hospitalisations communautaires d'où aucune évaluation par lit
- leur nombre en tout avoisine 10 unités soit 0,02

8. *Nombre d'autres travailleurs en santé mentale*

- pas d'évaluation pour des unités d'hospitalisations communautaires inexistantes
- leur nombre dans les hôpitaux psychiatriques est inconnu.

9. *Répartition des ressources humaines entre les grandes villes et les zones rurales :*

- psychiatres travaillant dans les grandes villes sont au nombre de 38 soit les 100%
- pour les infirmiers, ils travaillent aussi à 100%, soit les 150 dans les grandes villes.

Commentaires sur les ressources humaines dans la santé mentale

Le nombre exact des ressources et leur répartition par catégorie professionnelle œuvrant dans les structures de santé mentale, n'est nous est pas accessible, faute des statistiques fiables.

Néanmoins quelques chiffres ont été collectés comme suit :

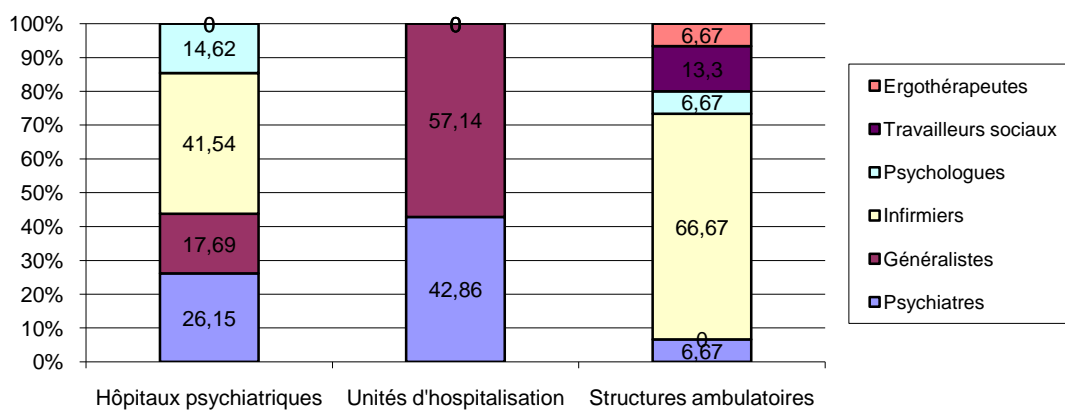
- Psychiatres	:	38
- Médecins généralistes	:	27
- Infirmiers	:	150
- Psychologues	:	10
- Travailleurs sociaux	:	12
- Ergothérapeutes	:	1
- Autres travailleurs	:	inconnus

Tous les psychiatres œuvrent dans le secteur étatique, en même temps, presque tous exercent aussi dans les autres secteurs : privés, confessionnels et autres ONGs parce que ne trouvant pas leur compte à l'Etat ils s'adonnent aux « extra-muros ». Les infirmiers n'ont pas les mêmes facilités comme les médecins à circuler librement dans tous les secteurs.

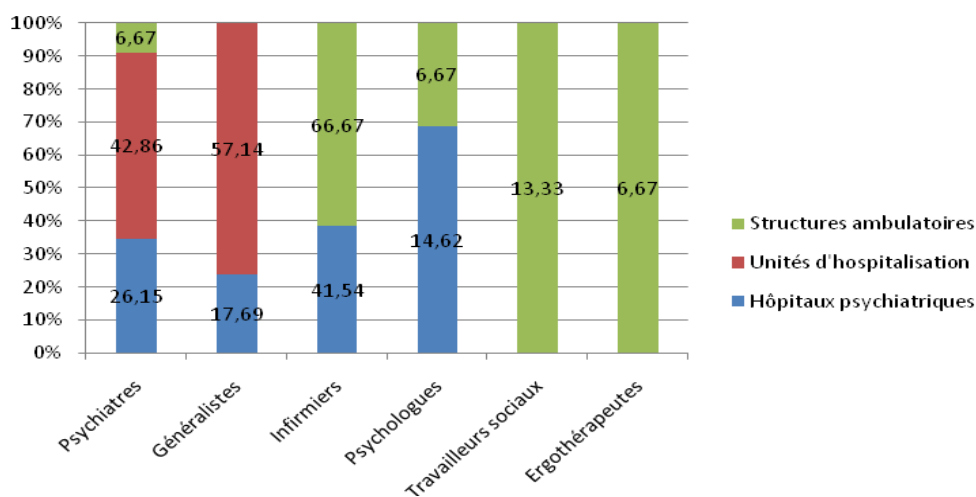
Pour les travailleurs psychosociaux on peut estimer que 50% d'entre eux sont dans le publique et 50% dans le privé. Quant au lieu de travail sur les 38 psychiatres recensés, 34 travaillent aux CLINIQUES UNIVERSITAIRES (CNPP) et 4 dans les hôpitaux généraux dans quelques provinces, l'inexistence des unités d'hospitalisations communautaires, il n'y a donc pas des psychiatres dans ce domaine. Pour les 27 médecins généralistes œuvrant en santé mentale 24 sont en formation pour devenir spécialistes au CNPP des CLINIQUES UNIVERSITAIRES. les 3 autres travaillent dans des hôpitaux psychiatriques en provinces Sur les 150 infirmiers œuvrant en santé mentale, travaillent presque tous dans des hôpitaux psychiatriques et une dizaine dans l'unique structure ambulatoire. Les 12 travailleurs psychosociaux travaillent dans des hôpitaux psychiatriques, l'unique structure ambulatoire et l'unique Centre du Jour.

Il ne nous a pas été possible de connaître le nombre exact des autres travailleurs qui prestent en santé mentale. Dans les hôpitaux psychiatriques du pays nous avons 0,08 psychiatres par lit et pour les infirmiers 0,28. Pratiquement toutes les ressources humaines en santé mentale se trouvent dans les grandes villes, privant totalement les zones rurales de toute assistance en santé mentale.

Graphique 1 : Effectif du personnel travaillant dans les structures de sante mentale (100.000 Habitants)



Graphique 2 : Effectif du personnel par formation hospitalière



	Hôpitaux psychiatriques	Unités d'hospitalisation	Structures ambulatoires
Psychiatres	34	3	1
Généralistes	23	4	
Infirmiers	54		10
Psychologues	19		1
Travailleurs sociaux			2
Ergothérapeutes			1

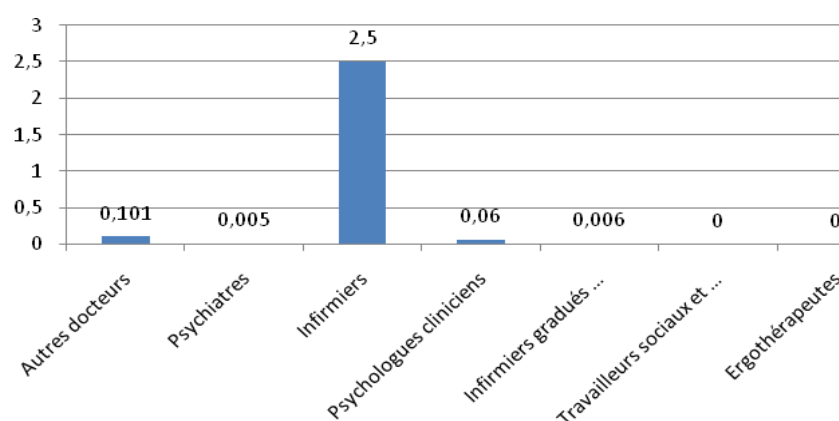
La formation de professionnels en santé mentale

1. Le nombre de professionnels diplômés pendant l'année 2008 dans les institutions universitaires et pédagogiques, pour 100 000 habitants dans une population générale de plus de 60.000.000 est le suivant :
 - Docteurs en médecine (non-spécialisés en psychiatrie) :700 soit 0,101
 - Infirmier (e) s (non-spécialisé (e)s en psychiatrie) :1500 soit 2,5
 - Psychiatres : 3 soit 0,005
 - Psychologues cliniciens : 21 soit 0,060
 - Infirmier (e) s gradués en neuropsychiatrie : 4 soit 0,006
 - Travailleurs sociaux en soins de santé mentale : nombre inconnu
 - Ergothérapeutes avec formation santé mentale : nombre inconnu
2. La majorité des psychiatres formés au pays, ont migrés vers d'autres dans les 5 ans qui ont suivies la fin de leur formation.
3. On ne connaît pas le pourcentage des professionnels travaillant dans ou pour des structures de santé mentale ayant reçu au moins deux jours de formation continue sur l'usage rationnel des médicaments psychotropes, les interventions psychosociales, et sur la santé mentale de l'enfant et l'adolescent, donc pas de représentation graphique possible.

Commentaires sur les formations professionnelles en santé mentale

1. En 2008, le nombre de professionnels diplômés des institutions universitaires et pédagogiques, pour 100 .000 habitants sur les 60.000.000 des congolais est le suivant : 700 docteurs en médecine (non-spécialisés en psychiatrie) ; 3 médecins spécialistes en neuropsychiatrie ; 1500 infirmiers généralistes ; 4 infirmiers gradués en neuropsychiatrie ; 21 psychologues cliniciens.
Les informations sur la formation sur les travailleurs sociaux ; les ergothérapeutes et les autres travailleurs en soins de santé ou de santé mentale ; les conseillers psychosociaux ; les éducateurs spécialisés en santé mentale et autres auxiliaires ne nous ont pas été disponibles.
Jusqu'à 50% des psychiatres formés au pays ; ont migrés vers d'autres pays dans les 5 années qui ont suivies la fin de leur formation.

Graphique 3 : Formation de personnels en sante mentale



Docteurs non spécialisés en psychiatrie	700	0,101
Psychiatres	3	0,005
Infirmiers non spécialisés en psychiatrie	1500	2,5
Psychologues cliniciens	21	0,06
Infirmiers gradué en neuropsychiatrie	4	0,006
Travailleurs sociaux en soins de santé mentale	-	-
Ergothérapeutes en soins de santé mentale	-	-

Les associations d'usagers et associations de familles

1. Jusqu'ici il n'existe pas encore d'associations d'usagers, mais une association des membres de familles avait vue le jour a Kinshasa ; mais le nombre de ses membres n'est nous a pas été accessible.
2. Le gouvernement n'apporte aucun soutien économique pour favoriser les initiatives en santé mentale ni pour des associations d'usagers, ni pour des associations de familles.
3. Aucune association ni d'usagers, ni de familles n'a été impliquée dans la formulation, ou l'application des politiques, des projets ou de la législation en santé mentale jusqu'ici.
4. Jusqu'ici il n'existe pas encore de partenariat entre les services de santé mentale, ni avec les associations d'usagers, ni avec les familles.
5. Quelques ONGs de Kinshasa surtout participent aux activités de soutien et d'accompagnement collectif surtout en matière de sensibilisation.

Commentaires sur les associations d'usagers et les associations de familles

Pour l'unique association des familles des malades mentaux qui avait vue le jour a Kinshasa le nombre de ses membres n'est nous est pas connu et leurs activités manquent de visibilité. Le Gouvernement n'apporte aucun soutien économique pour favoriser les initiatives ni des usagers, ni des familles des malades mentaux pour des actions en santé mentale. Comme ces associations manquent de visibilité par leurs actions sur la place publique elles ne sont pas impliquées dans la formulation, l'application des politiques, projets, législation. Il n'ya pas d'interaction entre les services santé mentale et l'association des familles. Quelques ONGs tentent d'organiser des activités de soutien et d'accompagnement, surtout dans le domaine de sensibilisation.

L'éducation du public et liens avec les autres secteurs

Campagne de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale

1. En RDC il existe des structures de l'état qui coordonnent et supervisent les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale et les troubles mentaux ; il s'agit du Programme National de Santé Mentale (PNSM) et du Programme National de Lutte Contre la Toxicomanie(PNLCT)
2. Durant les 5 dernières années des campagnes de sensibilisation et d'éducation du public, sur la santé mentale, ont été organisés par le PNSM, le PNLCT, certaines ONGs, l'OMS, l'UNICEF....
3. Ces campagnes ont ciblé les groupes suivants :
 - la population générale ;
 - les enfants ;
 - les adolescents ;
 - les femmes
 - les survivants des traumatismes...
4. Comme groupes professionnels ciblés par ces campagnes de sensibilisation et d'éducation :
 - des professionnels de santé et des tradipraticiens, les autres groupes professionnels n'ont pas encore bénéficiés de ces campagnes.

Commentaires sur l'éducation du public et liens avec les autres secteurs

En RDC il existe des structures de l'état qui coordonnent et supervisent les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public, sur la santé mentale et les troubles mentaux ; mais ces structures manquent cruellement des moyens pour cela, il s'agit du PNSM et du PNLCT. Quelques ONGs et partenaires ont eu à faire des timides actions sur le terrain, en cette matière. Durant les 5 dernières années ces campagnes ont eu comme groupes cibles : la population générale, les enfants et adolescents, les femmes, certains survivant des traumatismes... et comme groupes professionnels ciblés on a eu les professionnels de santé et quelques tradipraticiens. Malheureusement plusieurs groupes de la société civile et socio-professionnels n'ont pas bénéficiés de ces campagnes, pourtant très nécessaires pour eux.

Les mesures législatives ou financières pour les individus avec les troubles mentaux

1. Carence de mesures législatives et financières pour protéger et apporter le soutien aux usagers ;
2. Carence des mesures législatives et financières, ni pour l'emploi, ni contre la discrimination dans le travail et le logement ;
3. Le PNSM est en quête de moyen pour tenir un atelier au cours duquel pourra être élaboré une législation en santé mentale en RDC qui comprendrait les mesures financières légales pour tous les problèmes de protection et soutien aux usager

Commentaires sur les mesures législatives ou financières pour les individus avec les troubles mentaux

L'absence d'une législation en santé mentale en RDC, fait qu'aucune mesure n'existe pour apporter soutien et protection aux usagers ; en effet aucune mesure ne fait obligation aux employeurs de réserver un quota pour embaucher des personnes avec des problèmes de santé mentale ; aucune mesure pour combattre les discriminations en matière d'emploi et de logement, uniquement par le fait de problèmes de santé mentale, surtout sévères.

Les relations avec les autres secteurs

1. La RDC n'a pas encore de législation en santé mentale et aucune mesure financière n'existe pour les personnes avec problèmes de santé mentale.
2. La collaboration officielle n'existe que dans les principes entre le PNSM et les différentes directions centrales et celles des programmes spécialisés :
 - avec la D5 (SSP) peine dans le processus d'intégration de la composante santé mentale parmi les 11
 - avec le PNLIS (VIH/SIDA) quasi inexistante
 - avec PNSR (santé de la reproduction) aucune collaboration ;
 - avec le PNSA (Adolescents) début de collaboration effective depuis un certain temps
 - avec le PNLCT (substances toxiques) une convergence plutôt parallèle ;
 - avec le PEV (protection de l'enfant) aucune collaboration
 - avec le PNSS (santé scolaire) tout est à faire dans nos écoles
 - avec le PN SPORT problèmes des stress et du dopage
 - avec la nutrition inexistante....
3. La collaboration avec les autres ministères est quasi inexistante alors qu'elle est indispensable avec les ministères tels que :
 - l'éducation ; EPSP, ESU
 - l'emploi ;
 - le logement ;
 - le social ;
 - la justice ;
 - sujet âgés....
4. Aucune école, ni primaire, ni secondaire en RDC ne compte un professionnel de santé mentale, ni à mi-temps, ni à plein temps .aucune des écoles n'organise des activités pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux.
5. Dans nos prisons il n'existe aucune activité de santé mentale, il ne nous donc pas possible, d'y déterminer le pourcentage ni des psychoses, ni de retard mental.
6. L'absence dans notre système judiciaire et de la criminalité, des activités de santé mentale, fait que il n'y aucune donnée disponible sur les problèmes de santé mentale.
7. Jusqu'ici, personne de la police ni de l'appareil judiciaire : juges et autres avocats, n'ont eu à participer a des activités d'informations sur la santé mentale.

8. Par absence de soutien financier, pour les usagers, il n'existe aucune structure ni en dedans ni en dehors des structures de santé mentale, qui ont accès aux programmes des emplois pour des personnes avec les troubles mentaux sévères.
9. Enfin, il n'existe pas en RDC, une allocation sociale allouée aux personnes avec handicap psychique.

Commentaires sur les relations avec les autres secteurs

L'inexistence d'une législation en santé mentale et par l'absence d'appui financier , la collaboration intra et extra-institutionnelle, au sein du ministère de la santé et avec les autres ministères n'existe pas d'une manière officielle et formelle.il n'existe pas d'activités en santé mentale organisées en collaboration avec les structures du ministère de la santé publique et encore moins avec les autres ministères : la santé de l'enfant et de l'adolescent, l'éducation, les allocations, la justice criminelle...

La surveillance et recherche

1. Il n'existe pas une liste officielle des collectes des données élémentaires au niveau des structures de santé mentale en RDC.
2. Il n'existe pas encore une spécification des activités, méthodes et populations cibles dans les campagnes de sensibilisation et d'éducation sur la santé mentale.
3. Le ministère de la santé publique n'entre pas en possession des données des 6 hôpitaux ni de l'unique structure ambulatoire existant dans le pays.
4. Aucun rapport n'a été publié parce qu'aucune donnée n'a été disponibilisée.
5. Par manque des données disponibles sur les publications, aussi bien en santé en général et en santé mentale spécialement aucune proportion ne peut être établie entre elles.
6. Néanmoins nonobstant le manque des données codifiées, travaillant dans une structure universitaire nous pouvons estimer les quelques types de recherches qui ont été conduites dans les 5 dernières années : des études épidémiologiques surtout dans des échantillons cliniques et des évaluations cliniques non épidémiologiques.
Pas d'études sur les services de santé mentale, sur la biologie ,sur la génétique, sur des interventions psychosociales, psychothérapeutiques, pharmacologiques, chirurgicales, convulso-thérapeutiques...

Commentaires sur la surveillance et recherche

Jusqu'à ce jour, il n'existe aucune liste officielle des collectes des données élémentaires en santé mentale, certainement par l'inexistence d'un SNIS en santé mentale, d'où aucun rapport n'a été publié sur la santé mentale en RDC. La recherche n'a portée , jusqu'ici ,que sur des études quelque peu épidémiologique et portant sur des échantillons cliniques. Les données sont indisponibles sur le nombre exacte des lits, les admissions et leurs modes, la durée de séjour, les diagnostics...

Les recherches sur quasi toutes les formes d'interventions sont inexistantes.

SOMMAIRE EXECUTIF

1 .Le paragraphe suivant, fournit l'information fondée sur l'instrument de l'OMS-IESM

L'Organisation Mondiale de la Santé-par l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale (OMS-IESM) a été mis en œuvre pour recueillir des informations sur le système de santé mentale de la RDC. Le but de recueillir cette information est d'améliorer notre système de santé mentale et de fournir un niveau de référence pour surveiller le changement. Ceci permettra à la RDC de développer des plans de santé mentale qui sont basés sur l'information avec des cibles et des informations de bases claires. Il sera également utile de surveiller l'exécution des politiques de réformes, la provision des services communautaires, l'inclusion des usagers, des familles et d'autres personnes impliquées dans la promotion, prévention, soins et réhabilitation de la santé mentale.

2. Bref résumé des données de chaque domaine.

2.1. *Politique et cadre législatif*: la RDC avait élaboré une politique et un plan stratégique, malheureusement qui n'avait jamais un début d'exécution, faute de n'avoir pas été validé et divulgué et par carence des moyens pour ce faire. Plus de 10 ans après, la politique et le plan directeur, en santé mentale, méritent donc d'être révisés, validés et divulgués.

La RDC n'a pas encore élaboré sa législation en santé mentale.

2.2. *Domaine 2 : services de santé mentale*

Il existe une autorité de santé mentale de niveau national (PNSM).

Insuffisance des structures de soins ambulatoires (1) et de traitement du jour (1).

Absence d'unités d'hospitalisation psychiatrique communautaire et des structures résidentielles communautaires intégrées dans la cité.

La RDC compte 6 hôpitaux psychiatriques seulement, mais aucune hospitalisation médico-légale. La prise en charge psychosociale n'est généralement pas assurée.

Les psychotropes essentiels sont rares et d'un prix prohibitif. Il n'y a pas d'équité dans l'accès aux services et soins de santé mentale.

2.3. *Domaine 3 : Soins de santé mentale intégrés dans les soins de santé primaire*

La santé mentale n'est pas intégrée dans les SSP. Aussi bien dans les soins de santé médicalisés que non médicalisés le *cursus* de formation ne consacre pas assez d'heures à la santé mentale et il n'existe pratiquement pas des formations continues pour le personnel. Il n'existe pas de protocoles des soins et d'évaluation au niveau des SSP. Pas de systèmes officiels de référence et contre référence entre les praticiens des SSP et ceux de santé mentale. Les psychotropes sont rarement disponibles dans les SSP.

2.4. *Domaine 4 : ressources humaines*

Nombre des ressources humaines travaillant pour et dans les structures de santé mentale pour 100.000 habitants: Psychiatres 0,08 ; médecins généralistes 0,05 ;

Infirmiers spécialisés en santé mentale 0,25 ; infirmiers non spécialisés 0,227 ; psychologues cliniciens 0,02 ; travailleurs psychosociaux 0,02 ; ergothérapeutes et autres travailleurs leur nombre est inconnu .

Dans le cursus de formation de tous les prestataires des SSP, très peu d'heures sont consacrées à la santé mentale et il n'y a pas de formation continue ni en santé mentale ni en prise en charge psychosociale.

Pas d'associations ni d'usagers, ni des familles en santé mentale.

2.5. *Domaine 5 : éducation du public et liens avec les autres secteurs*

Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public sur la santé mentale sont rares. La collaboration avec les autres secteurs aussi bien de la santé et qu'en dehors de la santé est quasi inexistante car, elle n'est ni formelle ni officielle. En dehors des services de la santé mentale, personne d'autre ne s'occupe des problèmes des malades mentaux.

2.6. *Domaine 6 : surveillance et recherche en santé mentale*

Inexistence d'un système de collecte d'informations en santé mentale dans le pays. Très peu de professionnels sont impliqués dans la recherche en santé mentale. D'où rareté des données et des recherches consacrées à la santé mentale.

Les Points Forts et les Points Faibles du Système de la Santé Mentale en RDC

Points forts :

- 1) Existence d'une autorité en santé mentale du niveau national (PNSM /2001)
- 2) Existence d'une politique nationale et d'un plan directeur en santé mentale (1999).
- 3) Existence d'un PMA en santé mentale pour un centre de santé (2004)
- 4) Présence des structures de formation pour le personnel qualifié de tous les niveaux

Points faibles :

- 1) La politique nationale et le plan directeur n'ont jamais été validés ni divulgués.
- 2) Absence de législation en santé mentale
- 3) Le non intégration de la santé mentale dans les SSP
- 4) Inexistence des unités des soins de santé mentale communautaires
- 5) La santé mentale n'émerge pas au budget du ministère de la santé
- 6) Formation insuffisante, en santé mentale, pour les personnels des SSP
- 7) Les médicaments psychotropes essentiels sont rares et prohibitifs
- 8) Pas d'équité dans l'accès aux soins de santé mentale
- 9) Les droits de l'homme pour les malades mentaux sont bafoués
- 10) Inexistence d'associations d'usagers ni des familles en santé mentale
- 11) Pas de relations officielles avec les autres secteurs pertinents
- 12) Absence d'un système de référence et contre-référence en santé mentale dans les SSP et les « autres médecines »
- 13) Sensibilisation et éducation du public en SM sont insuffisantes
- 14) Inexistence d'un système d'informations sanitaires en santé mentale

Les Prochaines Etapes pour Améliorer le Système de Santé Mentale

Domaine 1

Révision, validation et divulgation de la politique et du plan stratégique en santé mentale

Elaboration d'une législation en santé mentale

Domaine 2

Ouverture des unités d'hospitalisations psychiatriques communautaires et des structures résidentielles communautaires.

Intégrer des unités d'hospitalisations médico-légales et du personnel dans nos prisons et dans tout le système judiciaire

Domaine 3

Encourager les vocations dans les cursus de formation en SM et augmenter le nombre d'heures des cours consacrés à la santé mentale dans la formation de tout le personnel œuvrant dans les SSP

Elaborer des modules de formation en soins de santé mentale et prise en charge psychosociale au niveau national

Intégrer progressivement la SM dans les SSP

Domaine 4

Croissance des nombres des professionnels en santé mentale (médecins, psychologues cliniciens et infirmiers en santé mentale) et en prise en charge psychosociale (travailleurs psychosociaux)

Renforcer les capacités des prestataires

Domaines 5

Multiplication des campagnes ciblées de sensibilisation et d'éducation en SM.

Officialisation et formalisation des relations de collaboration avec d'autres secteurs clés du ministère de la santé et des autres ministères

Domaine 6

Introduire dans le SNIS/NATIONAL, les indicateurs en santé mentale

RESUME DU RAPPORT

L'instrument d'évaluation des systèmes de santé de l'OMS (OMS-IESM) a été utilisé pour collecter les informations sur le système de santé mentale en RDC.

Cette enquête a permis de faire l'état des lieux sur le système de prise en charge des problèmes de santé mentale de la population congolaise, longtemps soumise à des traumatismes multiformes d'origines naturelles et anthropiques

Des données recueillies, on note qu'une Politique et un Plan Stratégique avaient déjà été élaborés en 1999, mais n'avaient jamais été validés ni divulgués faute des moyens. Il existe une autorité nationale en santé mentale depuis 2001. La RDC n'a pas encore élaboré une législation en santé mentale.

On note une carence des structures et une insuffisance en personnel quant à la prise en charge des problèmes de santé mentale d'une manière équitable.

Les soins de santé mentale ne sont pas intégrés dans les SSP en RDC. Les psychotropes ne sont pas à la portée du commun des congolais.

Les campagnes de sensibilisation et d'éducation du public ne sont pas suffisamment organisées, sur la santé mentale.

Il n'existe pas de système de collecte des données sur la santé mentale

Cette enquête dégage les faiblesses et les forces du système de santé mentale et permet de poser des balises de son amélioration